

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

UNIDAD DE POST-GRADO

**Programa Educativo a través de música ambiental y
mensajes auditivos para mejorar la Asepsia en el
desempeño profesional de trabajadores de Salud**

TESIS

**Para optar el Grado Académico de Magíster en Educación mención
Docencia en el nivel Superior**

AUTOR

Carlos Gualberto Salcedo Espinoza

Lima – Perú

2012

ESQUEMA DEL CONTENIDO

	página
Introducción	5
 Capítulo I: Planteamiento del estudio	
Fundamentación y formulación del problema	7
Justificación	7
Alcances	9
Fundamentación y formulación de la Hipótesis	9
Identificación y clasificación de Variables	9
 Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes de la investigación	10
Bases teóricas: Esfera Educativa	10
Condicionamiento Clásico	13
Condicionamiento Instrumental	14
Teoría Hipodérmica	17
Modelo de Laswell	18
Bases teóricas: Esfera Sanitaria	
Bases teóricas: Esfera Musicoterapia	25
Definición conceptual de términos	27
 Capítulo III: Metodología de la Investigación	
Tipo de investigación	27
Operacionalización de variables	28
Estrategia para la prueba de hipótesis	28
Población y muestra	29
Instrumentos y recolección de datos	29
 Capítulo IV: Trabajo de campo y proceso de contraste de la Hipótesis	
1. Presentación, análisis e interpretación de los datos	30
2. Proceso de prueba de hipótesis.	
 Tabla 01	32
Tabla 02	33

Figura 01	34
Tabla 03	35
Tabla 04	36
Figura 02	37
Tabla 05	38
Tabla 06	39
Figura 03	40
Tabla 07	41
Tabla 08	42
Figura 04	44
Tabla 09	45
Figura 05	46
 3. Discusión de los resultados	 47
 4. Adopción de las decisiones	 48
 Conclusiones	 49
 Recomendaciones	 51
 Bibliografía	
Referida al tema	52
Referida a la metodología	54
 Anexos	
Cuadro de consistencia	58

RESUMEN

Este estudio examina y evalúa los efectos educativos que es capaz de proporcionar una herramienta poco usada cual es la transmisión de mensajes auditivos insertados dentro de música ambiental propalada en un ambiente de trabajo.

El proceso enseñanza aprendizaje entre la población de trabajadores de salud es una categoría especial y muy sensible, en ella es menester la educación continuada y perenne pues cualquier deficiencia de aprendizaje tiene un costo elevado dado que se trabaja con el bien máspreciado de la sociedad y del individuo cual es su vida y la calidad de la misma.

En este trabajo se propalan **mensajes** entre el personal asistencial: médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" de la Provincia Constitucional del Callao.

Empleando como instrumento un equipo de sonido en circuito cerrado, audible sólo en los ambientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, se emite durante un turno de seis horas, de 8:00 a 14:00 horas, mensajes dirigidos a promover el aprendizaje y el refuerzo de los cambios hacia la conducta objetivo de estudio: buen comportamiento aséptico e higiénico representado por : **"lavarse las manos"**. Estos mensajes, diferentes pero con un mismo objetivo, se emiten cada diez minutos durante seis horas diarias teniendo como cortina para su transmisión un fondo musical de tipo instrumental no clásico, el cual se detiene sólo en el momento de emitir el mensaje.

El trabajo se realiza en un período de seis meses durante los cuales se observa y registra la frecuencia de la conducta objetivo emitida por el personal en las diferentes etapas del estudio, al final del cual y luego del análisis de datos, se obtuvieron los resultados esperados: **incrementar la conducta de asepsia** en el 100% del personal en estudio.

Palabras Claves: **Mensaje, Conducta, Asepsia, Personal Asistencial, Unidad de Cuidados Intensivos.**

SUMMARY

This study examines and evaluates the educational effect that a not very used message transmission tool is able to provide: the auditory message inserted in the background music aimed at hospital attendance personnel. In this case, the Intensive Care Unit doctors, nurses and technicians of the Daniel A. Carrión Hospital, located in Callao Region.

The learning-teaching process among the sanitary labour force is a special and sensitive category in which continuous and uninterrupted education is necessary, since every learning failure has a high cost due to the most valuable social good you are working with, the human life.

The field work involves using a closed-circuit sound equipment, just audible in the environment of the Intensive Care Unit during six hours, from 8:00 to 14:00 hours, aimed at promoting the learning and reinforce the changes in the behavior objective of this study: hands washing. These messages, different but with the same goal, were emitted daily, every ten minutes during six hours. Non- classical instrumental music was used as background music, which stopped only when the message was emitted.

The field work was on throughout a six-month period, in which it was observed and registered how often the objective personnel behaviour was executed in the different study stages. Finally, with the data analysis, the final report is hereby submitted in accordance with the expected outcomes: the aseptic behavior improvement in the one hundred percent of the personnel.

Main Words: Message, Behavior, Aseptic, Attendance Personnel, Intensive Care Unit.

INTRODUCCIÓN

Toda investigación que se emprende - sobre todo cuando ésta se constituye en la primera de su tipo - está plagada de dificultades y es precisamente el esfuerzo por vencer esas dificultades las que nos llevaron a concluir con este trabajo. Dificultades que se presentaron no sólo en el lado ético, sino también técnico y en lo que corresponde a la realización del trabajo en sí.

Vencer las resistencias propias de cada uno de los miembros de la muestra fue un trabajo aparte, que con el apoyo de la jefatura se pudo lograr. De esta manera, concluimos el estudio destinado a incrementar la frecuencia de una conducta específica como es el **lavarse las manos**.

En el presente informe se presentan los conceptos teóricos que sustentan la investigación; en segundo lugar se expone todo lo correspondiente a la metodología como es el origen, delimitación e importancia del problema en cuestión, los objetivos que orientaron el trabajo, seguido de las hipótesis y variables de estudio, así como las técnicas e instrumentos empleados y el procedimiento de la investigación.

Acto seguido se presentan los resultados del estudio y su respectiva discusión. Finalmente las conclusiones que se desprenden de esta investigación, con la cual pretendemos sentar precedente para el desarrollo de nuevas técnicas que contribuyan a mejorar el proceso educativo y didáctico que se reflejará en un mayor desempeño profesional y mejor calidad de servicio en las organizaciones.

En nuestro medio, como en muchos otros, se vive una época de cambios, cambios que como el avance de la tecnología se suceden cada vez más rápido en el mundo, así mismo la comunicación acerca y estrecha a la humanidad.

Dentro de este proceso de cambio se dan también cambios en los conceptos, de esta manera las instituciones de salud cambian su denominación para convertirse en **organizaciones** de salud con todos los elementos que el término organización implica, pues ya casi nadie cuestiona hoy en día que un hospital es una empresa y que como tal debe funcionar.

Es el recurso humano el activo más importante de una organización, cobrando, aún, mayor relevancia dentro de una organización de salud por la misión misma que le corresponde desempeñar; en este sentido, la filosofía de la calidad de servicio emerge como la piedra angular que orienta el funcionamiento de un hospital. Es precisamente con el fin de mejorar el servicio que se brinda, que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" de la

Región Callao, se diseñó un programa de aprendizaje con el objetivo de concienciar al personal que allí labora de la importancia del lavado de manos como medida de prevención y protección a sí mismos y del paciente.

Dentro de las conductas críticas que se presentan en la Unidad de Cuidados Intensivos, se optó por una, aparentemente de poca importancia, como es el lavado de manos por parte del personal asistencial. Aparentemente es un decir pues dicha conducta se constituye en el principio básico y fundamental de una organización de salud , paradójicamente, es la que menos se cumple.

La importancia de cumplir con las medidas de asepsia como es el lavarse las manos radica en sus consecuencias, pues además está decir que las manos es por excelencia el medio de contacto físico más usado con el entorno y por ello es el agente transmisor más importante de gérmenes e infecciones.

En una Unidad de Cuidados Intensivos esta deficiencia se traduce en la presencia de infecciones intrahospitalarias que aumentan significativamente la mortalidad, complican el estado de salud del paciente, elevan los niveles de ansiedad de los familiares e incrementan el costo cama / paciente.

Muchos argumentos existen tratando de explicar el porque se incumple reiteradamente con las normativas de bioseguridad, a pesar de ser un tópico frecuentemente tratado en el proceso educativo pre profesional, en el proceso educativo post profesional y en la educación continuada el personal de salud no cumple con una normativa tan simple. Mas aún, el mismo personal es testigo de excepción al comprobar diariamente las funestas secuelas que esta deficiencia ocasiona en el paciente o usuario del servicio de salud.

Este trabajo intenta ayudar a corregir esta laguna educativa usando una herramienta docente alternativa, continua y perenne de aprendizaje. El trabajo así planteado estuvo dirigido a lograr un incremento en el cumplimiento de las normas de asepsia por parte del personal asistencial, para lo cual se implementó un programa de transmisión de mensajes por parlantes a través de un equipo de sonido en circuito cerrado, audible sólo en los ambientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

I. 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto educativo que puede lograrse a través de la transmisión de mensajes auditivos y música ambiental en el cumplimiento de la asepsia por el personal sanitario que labora en un área de asistencia médica de urgencia como una Unidad de Cuidados Intensivos?

I.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Determinar los efectos educativos que se pueden obtener a través del uso de un instrumento no escolarizado tal como propalar constantemente mensajes auditivos insertados en música ambiental dentro del horario habitual de trabajo.

I. 3. JUSTIFICACIÓN

Definimos una Unidad de Cuidados Intensivos como el área hospitalaria a la cual los pacientes ingresan en estado de gravedad, en muchos casos en situación extrema. Una condición esencial para su admisión es que el paciente sea recuperable y no se encuentre en el estadio terminal de una enfermedad; ello implica una labor constante y sin tregua por parte del personal de salud y que generalmente se orienta al bienestar físico del paciente con el apoyo de recursos técnicos, logrando una esmerada atención.

Así tenemos que la labor desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos conlleva a dos tipos de consideraciones:

- la relacionada con el paciente
- la relacionada con el personal

Este trabajo se encierra en un marco psicológico de tensión que afecta al paciente y la capacidad de desempeño del personal en general. Lo primero debido a que el paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos es un paciente en estado crítico de salud con un porcentaje de mortalidad que puede alcanzar del 30% al 40%, pacientes que al evolucionar y alcanzar cierto grado de conciencia presentan una depresión reactiva como consecuencia de su estado.

En lo que respecta al personal asistencial, éste cumple su labor en un ambiente que exige constante actividad y concentración sobre todo cuando se trata de atender los ingresos de emergencia de los pacientes y a la vez cubrir la demanda de atención de los pacientes ya hospitalizados. Este ritmo de trabajo y emergencias latentes llevan al personal a obviar muchas veces, de manera no intencionada, el cumplimiento de conductas básicas como el lavarse las manos.

Está probado con múltiples estudios que la manera más simple y efectiva de proteger al paciente de las infecciones, sobre todo de tipo exógena, consiste en el lavado de manos en forma continua y permanente por parte del personal de salud, pues las infecciones nosocomiales u hospitalarias contribuyen de modo significativo a la morbilidad e incluso a la mortalidad, así como al incremento de los costes por hospitalización.

Se calcula que entre el 3% y 5% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos en los Estados Unidos de Norteamérica contraen una nueva infección, lo que supone unos 2 millones de infecciones hospitalarias anuales y un coste anual que supera los 200 millones de dólares. Algunos calculan que las probabilidades de muerte se duplican en pacientes que contraen una infección hospitalaria, aunque es claro que la enfermedad de base y la gravedad de la enfermedad también desempeñan un papel importante (Zaleznik, 1995). Esta conducta de asepsia debe realizarse antes y después de atender a un paciente, ya sea para cumplir con el examen físico de rigor o para realizar cualquier procedimiento que va desde un simple apretón de manos hasta una aspiración de secreciones, pasando por el aseo personal del paciente.

Esta simple medida al alcance de todos y conceptualizada por todos como

principio básico es sin embargo desobedecida o cumplida en muy pocas ocasiones y como medida de protección personal; este incumplimiento, como ya se ha dicho, trae en consecuencia la presencia de infecciones sobreagregadas que complican el estado de salud de los pacientes retardando su orden de alta e incrementando los niveles de ansiedad del familiar y aumentando el costo cama/paciente.

Ante esta realidad y con el propósito de contribuir a la optimización del servicio que brinda la Unidad de Cuidados Intensivos es que nos planteamos la siguiente interrogante

I.4. ALCANCES

Este trabajo intenta alcanzar una mejoría en cuanto a los recursos docentes, demostrando que con un medio conocido pero poco aprovechado se puede cumplir con una labor educativa que conlleva características de permanencia del estímulo y reiteración del mismo, de igual manera alcanzar el ideal de educación continuada y con el elemento experimental y práctico asociado. Es decir educación continuada permanente, teórica y práctica a la vez.

I.5. HIPÓTESIS

H1 La emisión de mensajes auditivos insertos en música ambiental son un instrumento educativo valioso, que influye en el aprendizaje y reforzamiento de conductas de asepsia en el personal asistencial de una Unidad de Cuidados Intensivos.

H0 La emisión de mensajes auditivos insertos en música ambiental no influyen en la conducta de asepsia del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" del Callao.

I. 6. VARIABLES

I.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE : MENSAJE

Su efectividad estuvo dada por los resultados obtenidos en

el registro de frecuencia de la conducta objetivo de estudio, observada en el personal.

Se consideró efectivo si el registro de frecuencia incrementaba con la implementación de la variable o disminuía con la suspensión de ésta.

Se consideró no efectivo si el registro de frecuencia se mantenía o disminuía con la implementación de la variable

I.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

CONDUCTA DE ASEPSIA

Dada por el número de veces de emisión de la conducta por parte del personal en estudio.

I.6.3. VARIABLE COMPLEMENTARIA:

PERSONAL QUE EJECUTA LA ACCION

Profesionales	:	Médicos, Enfermeros
No Profesionales	:	Técnicas de Enfermería

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

II. 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

De la revisión efectuada no se halla antecedente de investigación parecida

II. 2. BASES TEÓRICAS: ESFERA EDUCATIVA

Una definición fáctica del aprendizaje relaciona el fenómeno del aprendizaje con acontecimientos observables en el mundo físico:

Aprendizaje: Cambio de conducta más o menos estable, producto de la experiencia".

Teóricamente, el aprendizaje describe las condiciones esenciales o procesos básicos que, según Hilgard (1985), son indispensables para que ocurra.

Bush y Mosteller (1985), nos dicen que aprendizaje es cualquier cambio sistemático de la conducta, sea o no adaptativo, conveniente para ciertos propósitos, o que esté de acuerdo con algún otro criterio semejante. Guthrie (1952), definió el aprendizaje como el cambio de conducta que sigue a una conducta.

Abraham Maslow (1990) en su teoría humanista hace énfasis en los valores éticos y morales que debe traer consigo la educación. La teoría del aprendizaje significativo sostiene que la tarea principal de la educación es lograr que el alumno retenga a largo plazo conceptos significativos de conocimientos.

La teoría del procesamiento de la información estudia la manera en que el sujeto incorpora, transforma, traduce, almacena, recupera y utiliza la información que recibe.

Peñaloza W. (2001) conceptúa la educación como : proceso de hominización, socialización, culturación, interacción hombre-sociedad-cultura, como un equívoco a evitar y también como deseducación.

W. S. Hunter (1934),... podemos decir que se está efectuando aprendizaje cada vez que la conducta muestra un cambio progresivo o tendencia al repetirse la misma situación estimulante y cuando el cambio no puede ser explicado en virtud de la fatiga o de cambios efectuados en el receptor y en el efector.

McGeoch e Irion (1952), concibieron el aprendizaje como un cambio en la ejecución que ocurre en condiciones de práctica.

Munn (1955), el aprendizaje es una modificación en incremento de la conducta más o menos permanente, que es resultado de la actividad, del entrenamiento especial o de la observación.

Thorpe (1956), conceptualiza el aprendizaje como el proceso que se manifiesta en cambios adaptativos de la conducta individual a resultado de la experiencia.

Wenger, Jones y Jones (1956), definen como aprendizaje a todo lo que es más que una modificación transitoria de la conducta y que es resultado de la experiencia pasada y no de algún cambio orgánico conocido.

Para que se produzca el proceso de aprendizaje, se requiere:

1. Interés del sujeto. *No se puede enseñar a quien no quiere aprender*
2. Presencia del estímulo. Si el estímulo ha de afectar al organismo, éste deberá tener algo más que la sola capacidad de percibirlo: el estímulo deberá ser realmente percibido.

3. Aprehensión del estímulo por el organismo.
4. Interpretación.
5. Respuesta y Recompensa

Antes de continuar con los conceptos teóricos sobre el aprendizaje, definimos primero la percepción como el proceso de extracción de información, luego de ello se produce la aprehensión.

La aprehensión se constituye en el proceso central para la adquisición de cognición o conocimiento. Por tanto concebimos a la aprehensión como un súper conjunto y al aprendizaje, memoria y pensamiento como subconjuntos incluidos en el proceso perceptivo (Forgus, 1989).

El aprendizaje definido como el proceso mediante el cual se adquiere conocimiento por medio de la experiencia se convierte en parte del almacenamiento de hechos en la memoria del organismo.

En Percepción, Estudio del Desarrollo Cognoscitivo, Forgus nos dice que un ícono dura solamente alrededor de un cuarto de segundo y que se requiere, por tanto, que la información de aquel deba transformarse y transferirse a una memoria permanente para que tenga algún efecto significativo sobre la conducta. Lloyd y Margaret Petersen (1959) pidieron a los sujetos que memorizaran tres letras y 18 segundos después les pidieron que los recordaran; sorprendentemente no pudieron hacerlo. La explicación de esto, es que en el intervalo de 18 segundos se les pidió que se dedicaran a otra actividad mental. Se determinó que si pasa algún tiempo después entre la presentación original y la introducción de la otra actividad mental, los reactivos se recuerdan.

La memoria a corto término (MCT) tiene una pequeña capacidad y vida corta (hasta 30 segundos si no se permite la repetición). Se distingue de la memoria a largo término (MLT) en que ésta parece durar para siempre, aunque a veces tengamos problemas para recuperar la información que contiene. Un medio importante para aumentar el almacenamiento en la MCT es la repetición.

En síntesis, para que el aprendizaje se produzca, para que la conducta cambie, el estímulo debe ser aprehendido, interpretado y responder a él. No podemos decir que una persona ha aprendido sólo por el hecho de que dé una respuesta una o dos veces. El aprendizaje se produce cuando la respuesta se hace habitual, hasta

que es repetida cada vez que se presenta el estímulo.

El aprendizaje no es generalmente un proceso que se produzca con un solo ensayo. Una vez que se ha desarrollado un hábito dejamos de interpretar el estímulo, comenzamos a responder automáticamente, sin pensar, sin analizar.

En los experimentos de condicionamiento el experimentador dispone que tengan lugar ciertas relaciones entre determinados eventos y registra algunos cambios en la conducta de los sujetos. Podemos decir que ha ocurrido condicionamiento si la conducta de los sujetos cambia como consecuencia de su exposición a estas relaciones (Mackintosh, 1988).

Los hábitos son esenciales para la conducta humana y han de ser tenidos en cuenta. Esta noción del hábito se halla relacionada con la de comunicación de lo cual hablaremos más adelante.

Existen múltiples teorías respecto al aprendizaje, mas son las teorías conductistas las que han desarrollado la mayor investigación en este concepto y tienen mayor aplicación a distintos campos como la publicidad o la comunicación. Para el presente trabajo hemos tomado en cuenta estas teorías que se denominan algunas veces como Teorías de Estímulo - Respuesta porque se basan en la premisa de que el aprendizaje ocurre como el resultado de respuestas observables a estímulos externos.

1. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Del aprendizaje condicionado se derivan tres conceptos básicos:

- a. **Repetición:** Se puede aprender un mensaje que se desea impartir, mediante una exposición repetida al mismo.

Algunos investigadores piensan que la repetición funciona mediante el incremento de la fuerza de la asociación y mediante la disminución del proceso de olvido, el cual es visto como un proceso de **decaimiento**. Hay, aparentemente, un límite para la cantidad de repetición que ayudará a la retención. La evidencia indica que algún sobreaprendizaje o una repetición más allá de la que es necesaria para aprender, ayuda a la retención. Pero con la exposición más allá de un cierto punto, un individuo puede quedar saciado y la atención y la retención pueden declinar.

Investigadores del área de publicidad demostraron este fenómeno induciendo en los sujetos un aprendizaje del 100% (después de 7 exposiciones a un anuncio), un aprendizaje estimado de 200% (es decir, 14 exposiciones) y un aprendizaje estimado del 300% (21 exposiciones). Encontraron que se producía una mayor retención por 14 exposiciones al anuncio que por 21 exposiciones, tal como fue medido después de un lapso de 28 días. Aparentemente, al número más alto de exposiciones se presentaba el aburrimiento, conduciendo a una falta de atención y a reacciones negativas. Se ha indicado que este efecto, conocido como **desgaste publicitario**, puede ser disminuido variando el mensaje publicitario.

Existe desacuerdo en la efectividad de las dosis masivas de exposiciones comerciales. La **Teoría de tres golpes** sostiene que el óptimo de exposiciones a un anuncio es justamente de tres—una para hacer a las personas conscientes del producto, segundo para mostrar la relevancia del producto y tercero para recordarles sus beneficios- todas las demás exposiciones o repeticiones son un esfuerzo desperdiciado.

- b. Generalización del Estímulo:** El aprendizaje depende no sólo de la repetición, sino también de la habilidad de los individuos para generalizar; si los sujetos no fuéramos capaces de la generalización de estímulos - es decir, de dar la misma respuesta a estímulos algo diferentes- no ocurriría el aprendizaje.
- c. Discriminación del Estímulo:** Opuesto a la generalización del estímulo y da como resultado la selección de un estímulo específico de entre estímulos similares.

El condicionamiento clásico supone que las personas son seres pasivos que reaccionan con respuestas predecibles a los estímulos después de un número de ensayos.

2. CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

La mayor parte del aprendizaje tiene lugar en un esfuerzo para controlar el medio ambiente (es decir, para obtener resultados favorables). El control obtenido por medio de un proceso de

ensayo y error (tanteo) durante el cual un comportamiento del individuo da como resultado una respuesta más favorable que otros comportamientos. La recompensa refuerza el comportamiento asociado con la respuesta favorable; es decir, instrumental al enseñar al individuo un comportamiento específico que le proporcione más control sobre el resultado.

- a. **Refuerzo Positivo y Negativo:** El primero, se forma de sucesos que refuerzan la probabilidad de una respuesta específica. El refuerzo negativo es un resultado desagradable o negativo que sirve para desalentar una respuesta específica.

Tanto el refuerzo positivo como el negativo pueden usarse para dar lugar a una respuesta deseada. Cuando una respuesta aprendida ya no es reforzada, disminuye hasta el punto en el que ya no ocurre.

Los individuos pueden no olvidar por completo un comportamiento una vez que es aprendido, pero pueden participar en ese comportamiento cada vez con menos frecuencia.

- b. **Aprendizaje Masivo o Distributivo:** Otra influencia sobre el aprendizaje es el tiempo. ¿Debería un programa de aprendizaje esparcirse a lo largo de un tiempo (en forma **distribuida**), o debería "aglomerarse" - todo de una vez (en forma **masiva**)?

La investigación en publicidad, parece indicar que la publicidad masiva produce un aprendizaje más inicial de lo que lo hace la publicidad distribuida. Sin embargo, el aprendizaje algunas veces persiste en un mayor tiempo con un programa más difundido.

En un estudio realizado para examinar el recuerdo no ayudado para 5 programas e intensidades diferentes de publicidad televisiva; se obtuvo como resultado que el nivel más alto de recuerdo (24%) fue logrado con el programa de 13 semanas. Pero después de un año, el programa que produjo el mayor recuerdo (8%) fue aquel que se extendió a lo largo de 52 semanas. La conclusión parece ser que si se quiere un impacto inmediato se debería usar un programa masivo. Si embargo, cuando la meta es una

repetición de conductas de larga duración sobre una base regular, un programa distribuido es preferible.

Como mencionamos, la publicidad afirma sus fundamentos sobre la base del condicionamiento clásico, guardando una estrecha relación que para efectos del presente trabajo, se traducen en los siguientes ítem:

1. Llamar la atención de las personas, en nuestro caso, del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Inclinar a las personas hacia el cumplimiento del objetivo del estímulo (mensaje), convenciéndoles de su utilidad.
3. Convencer a las personas para que realicen la conducta objetivo: lavarse las manos.
4. Tener en cuenta que la transmisión actúa en gran parte en el semi-inconsciente.

Un estudio realizado por Pomerance y Zielske con el objetivo de determinar en qué medida influyen los anuncios publicitarios en la acción de compra, obtuvo conclusiones que adaptamos al estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos:

1. Si se quiere que el recuerdo del mensaje influya sobre la acción del personal, es necesario que el mensaje esté expuesto continuamente ante ellos. De esta manera, los mensajes eran expuestos durante un período de seis horas cada día.
2. El tiempo que se recuerda el mensaje aumenta proporcionalmente con el número de veces que se oye el mensaje. De acuerdo al tiempo establecido para la transmisión, los mensajes diferentes se emitían en número de 36 por día.
3. La influencia del mensaje se obtiene repitiendo el mensaje constantemente y con pocos intervalos de tiempo. Los mensajes eran lanzados con un intervalo de diez minutos entre ellos.
4. La velocidad con que se olvidan los mensajes es rápida. Hay que conseguir el objetivo. El mensaje debe tener en sí todas las motivaciones para conseguirlo.

Cuando queremos producir aprendizaje en un receptor tenemos que romper algunos moldes habituales existentes e instalar otros nuevos. Claro está que algunas veces no deseamos producir aprendizaje, sólo queremos utilizar un molde de hábitos ya existente. Otras veces podemos querer fortalecer un molde de hábitos que existe pero que no se halla fuertemente desarrollado. Toda comunicación está relacionada con los hábitos del receptor, con las formas en que tiende a responder a ciertos estímulos.

Una de las primeras definiciones de comunicación es la que Aristóteles hace de la retórica afirmando que es la búsqueda de todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance. (Berlo, 1969).

Feldman (1972) define la comunicación como el proceso de transmisión de contenidos significativos de un comunicador a un comunicando que recibe la manifestación ya sea como individuo, grupo o masa.

Hovland define comunicación como el proceso mediante el cual un ente o individuo transmite estímulos para modificar la conducta de otros entes o individuos. (Costa, 1970). Esta definición establece la existencia de un emisor, un receptor y un mensaje; y pone de manifiesto que la comunicación tiene por objeto modificar las actitudes y que realiza esta tarea transmitiendo estímulos (Billorou, 1987).

M. Wolf (1991) en su libro La Investigación de la Comunicación de Masas, nos plantea dos modelos de comunicación.

1. Modelo de la Teoría Hipodérmica

La postura sostenida por el modelo de la teoría hipodérmica se puede sintetizar con la afirmación de que "cada miembro del público de masas es personal y directamente "atacado" por el mensaje" (Wright, 1975). Parte de la suposición de que los medios masivos transmiten directamente la información al público. Se concibe a los medios como una aguja hipodérmica que "inyecta" información directamente a la mente.

Este modelo se desarrolló durante la Primera Guerra Mundial y se utilizó para aplicar la eficacia de la propaganda en la manipulación del público a nivel nacional en los Estados Unidos de Norteamérica.

Sin embargo, a través de experimentos psicológicos y encuestas sociológicas quedó demostrada su inconveniencia. En este modelo no se especifica la forma en que las personas se exponen a la información de los medios, o cómo perciben y retienen la información después de exponerse a ella. Más aún, no se tomó en cuenta la situación social que rodea la recepción de la información y por lo tanto, no se aislaron las variables sociales que más tarde se descubrió que reforzaban o estorbaban la transmisión de la información.

Los primeros investigadores partieron de un concepto del hombre el cual asumía que los mensajes de los medios masivos tenían un impacto directo en la mente, el cual, inevitablemente, producía comportamientos predecibles. Se pensaba que éstos efectos se manifestaban independientemente de los diferentes atributos sociales o psicológicos que caracterizan a un individuo. Cada persona era un miembro equivalente de un público masivo que respondía en formas similares ante estímulos similares de los medios. El impacto en la mente era inmediato y no estaba sujeto al control consciente de la persona. Se concebía literalmente que los mensajes se "inyectaban" en la mente, donde se "almacenaban" en forma de cambios en sentimientos y actitudes. Finalmente, esos sentimientos y actitudes producían el comportamiento deseado por la fuente del mensaje. Esta teoría les pareció plausible a los investigadores que observaban frecuentemente las acciones, aparentemente irracionales aunque bien coordinadas, de grandes grupos, particularmente durante la Primera Guerra Mundial y de nuevo durante la era de la Depresión. Berelson (1948) sugiere que éstos investigadores consideraron que los mensajes que Roosevelt transmitió por la radio influyeron directamente en grandes núcleos del público estadounidense.

2. Modelo de Lasswell

Propuesto en 1948 explica que una forma apropiada para describir un acto de comunicación es responder a las siguientes preguntas:

¿quién?

¿dice qué?

¿a través de qué canal ?

¿a quién?

¿con qué efecto?

El estudio científico del proceso comunicativo tiende a concentrarse en algunos de estos puntos interrogativos" (Lasswell, 1948).

Lasswell formula algunas premisas importantes sobre los procesos de comunicación de masas:

- a. Dichos procesos son exclusivamente asimétricos con un emisor activo que produce el estímulo y una masa pasiva de destinatarios que, "atacada" por el estímulo, reacciona.
- b. La comunicación es intencional y tiende a un fin, a obtener un cierto efecto, observable y mensurable por cuanto da lugar a un comportamiento de alguna forma relacionado con dicha finalidad. Esta última está en relación sistemática con el contenido del mensaje. Derivamos así dos consecuencias:
 - b.1. El análisis del contenido se propone como el instrumento para inferir los objetivos de manipulación de los emisores.
 - b.2. Los únicos efectos que dicho modelo declara pertinentes son los observables, es decir, los vinculados a una transformación, a una modificación de comportamientos, actitudes, opiniones, etc.

Lasswell presenta algunos factores relativos a la audiencia, como la memorización selectiva. Muchas investigaciones han evidenciado que la memorización de los mensajes presenta elementos de selectividad. Los aspectos coherentes con las propias opiniones y actitudes son mejor memorizados que los demás, y esta tendencia se acentúa a medida que pasa el tiempo de la exposición al mensaje.

Bartlett (1932) demostró que a lo largo del tiempo la memorización selecciona los elementos más significativos (para el sujeto) en detrimento de los más discordes o culturalmente distantes: el llamado "**efecto Bartlett**" alude justamente a un específico mecanismo en la memorización de los mensajes de persuasión. Si en un mensaje, junto a las argumentaciones más importantes a favor de un determinado tema, se presentan también las argumentaciones contrarias, el recuerdo de estas últimas se debilita con mayor rapidez que el de las argumentaciones principales y este proceso de memorización selectiva contribuye a

acentuar la eficacia de persuasión de las argumentaciones centrales.

Muy parecido al "efecto Bartlett" es también el denominado "efecto latente" (slepper effect): en algunos casos, mientras inmediatamente después de la exposición al mensaje la eficacia de persuasión resulta casi nula, con el paso del tiempo resulta aumentada. Si al principio la actitud negativa del destinatario hacia la fuente constituye una eficaz barrera contra la persuasión, la memorización selectiva atenúa este elemento y persisten en cambio los contenidos del mensaje, que van progresivamente aumentando su influencia de persuasión.

II. 3. MARCO TEÓRICO: ESFERA SANITARIA

El hospital es por naturaleza un medio para el desarrollo de infecciones, lo cual implica un riesgo permanente para los enfermos, el personal y la comunidad. Desde los puntos de vista administrativo y técnico es una complicación que aumenta los días de internamiento del paciente con el consiguiente incremento de los costes por concepto de hospitalización.

Las infecciones hospitalarias o nosocomiales se definen como las infecciones contraídas durante o como consecuencia de ingresos hospitalarios. Según Stambouliau y colaboradores (B. de Locatelli, 1989) las infecciones en relación con el hospital comprenden dos grandes grupos:

1. Las presentes en el ingreso; incluyendo las clínicamente aparentes, en período de incubación o asintomática
2. Las que se adquieren durante el internamiento, manifestándose durante el mismo o después del alta.

Existe un acuerdo casi general en que cuanto más tiempo esté hospitalizado el paciente, más riesgo corre de que se produzca un fenómeno iatrogénico (tratamiento originado por las acciones de los médicos) (Benson, 1980). Aproximadamente el 5% de los pacientes internados en hospitales generales adquieren una infección hospitalaria, con mayor frecuencia en áreas críticas como sala de operaciones, sala de diálisis, sala de cuidados intensivos, sala de Neonatología entre otras.

Una de las causas que mantienen elevados los índices de infecciones hospitalarias es la falta de cumplimiento con las normas básicas de

asepsia para evitar la propagación de gérmenes.

Definimos asepsia como el estado en el que no existe infección, de allí se deriva el concepto de asepsia integral que es la técnica en la que los instrumentos, las manos del médico, la sala de hospitalización en su totalidad están completamente libres de gérmenes vivos (Dorland, 1981).

Aunque las actividades de control de la infección y la epidemiología hospitalaria han sido objeto de estudio científico creciente a lo largo de los últimos 20 años, los esfuerzos para disminuir los riesgos infecciosos se han encontrado con los desafíos del número creciente de pacientes inmunodeprimidos, las bacterias resistentes a los antibióticos, las sobreinfecciones fúngicas y víricas y los nuevos dispositivos y procedimientos invasivos.

El paciente de cuidados intensivos como el politraumatizado o el que está sometido a quimioterapia, tiene una incidencia extraordinaria de infecciones relacionadas con un deterioro importante en los mecanismos de defensa normales del huésped frente a las infecciones.

Las infecciones hospitalarias más comunes en el paciente de cuidados intensivos son las iatrogénicas que se producen por no realizar sencillos procedimientos preventivos. Por ejemplo, todo personal de salud sabe lo importante que es lavarse las manos, pero muchas veces no se las lavan. La tasa de infecciones nosocomiales también es influida por la adquisición hospitalaria de nuevos patógenos en potencia, lo cual a su vez se relaciona de modo directo con las técnicas profilácticas. Hasta fines del siglo pasado la mortalidad de los pacientes hospitalizados era alta, especialmente la de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, que en un 50% de los casos morían sin que se supieran las causas.

En 1847, Ignazi Semmelweis, médico húngaro, señaló la importancia de lavarse las manos para prevenir la transmisión de infecciones de una paciente a otra en una sala de obstetricia; dio los primeros pasos hacia el descubrimiento del control de las infecciones al determinar la forma de transmisión de la fiebre puerperal. Comprobó que el examen físico de las puérperas realizado con las manos contaminadas provocaba infecciones que muchas veces resultaban mortales. A raíz de este descubrimiento, implementó entre sus ayudantes la norma del lavado de manos obligatorio con agua, jabón y cepillo, sumergiéndolas luego en una solución de cloro antes de realizar cualquier examen o asistir un parto. Esto bastó para reducir la mortalidad de un 12% a un 1%, lo cual dio un robusto apoyo empírico a la hipótesis de Semmelweis; mas no se le creyó, se le combatió y se le llevó finalmente a la locura.

Posteriormente, Lister, basándose en los hallazgos de Pasteur sostuvo que las infecciones de las heridas podían ser causadas por los microorganismos que según Pasteur provocaban fermentación y putrefacción, y pensó que se podían evitar impidiendo que ellos llegaran a las manos del médico, al instrumental y a las heridas.

En 1886, Vas Bergmann comenzó a utilizar vapor a presión para destruir los gérmenes en el instrumental. Dos años después Terrier y Terillón operaban en salas de cirugía con pisos y paredes fácilmente lavables, el cirujano y sus ayudantes se lavaban las manos con agua, jabón, alcohol y bicloruro de mercurio.

En 1890, Halstead completó estas medidas con el uso de guantes de goma asépticos por parte del médico y sus ayudantes. Ya en el siglo XX continuaron los avances relacionados con el control de las infecciones, el descubrimiento de los antibióticos y nuevas normas de asepsia y antisepsia.

A partir de 1979 se crearon comités de prevención y control de infecciones hospitalarias como el Centers for Disease Control (CDC), destinados a investigar la cadena de transmisión de infecciones y a normatizar, asesorar y supervisar las medidas de control dentro del hospital (B. de Locatelli, 1989).

En vista de que una gran proporción de infecciones hospitalarias se deben a patógenos adquiridos durante el período de internamiento, a menudo por el contacto con el personal asistencial, es asombroso que el lavado de manos se practique con tan poca frecuencia, a pesar de que es uno de los métodos más antiguos, más sencillos y más sólidos que se tiene para prevenir la propagación de agentes infecciosos de una persona a otra. Es una técnica de seguridad que protege al paciente, al personal, a la familia y demás visitantes. Por ejemplo, en un importante centro de oncología donde todos estaban bien familiarizados con los problemas de transmisión de microorganismos y donde se insistía mucho en el lavado de las manos, al observar el comportamiento de los médicos durante las visitas de sala en un período de un mes, se comprobó que uno sólo se lavó las manos una sola vez (Shoemaker, 1986). Esta observación no es poco frecuente en las salas de medicina y cirugía, pero a ningún cirujano se le ocurriría entrar a la sala de operaciones sin cumplir al pie de la letra la rutina de lavarse las manos antes de operar. En esencia, el problema es de factor psicológico porque la preparación para cirugía es un procedimiento establecido que requiere un enfoque particular, mientras que la preparación para las visitas de sala no tienen ningún protocolo en especial y de ello no está exonerada la Unidad de Cuidados Intensivos.

A pesar de las muchas técnicas nuevas existentes para el control de las infecciones hospitalarias, muchos opinan que el lavado de las manos es el procedimiento más importante para reducir la frecuencia de éstas. Aunque no haya contaminación franca, todo el personal de salud debe lavarse las manos antes y después de todo contacto físico con el paciente. Una buena fricción mecánica con agua y jabón elimina la vasta mayoría de microorganismos adquiridos de manera transitoria pero que tienden mucho a transmitirse a otro paciente. Esto no significa subestimar el valor adicional de los agentes antisépticos, sino destacar que los patógenos potenciales más importantes no forman parte de la flora individual de la mano del residente y por lo general se elimina con facilidad con un lavado de manos común. Con este simple principio evitaremos el retorno de epidemias (por ejemplo de infecciones respiratorias) que algún momento de la historia, se verificó, fueron originadas por las manos del personal de salud.

M. Palmer en su Manual para el Control de Infecciones (1986), nos dice que el propósito del lavado de manos es disminuir la contaminación de las mismas y prevenir la propagación de patógenos a zonas no contaminadas, incluyendo el personal de salud.

La importancia del lavado de manos no es algo exagerado, ya que los agentes infecciosos se transmiten realmente a través de las manos y todo lo que las manos tocan tiene gérmenes. Es un concepto aceptado, como lo remarca la Asociación Americana de Hospitales que "la descontaminación de las manos es absolutamente esencial para la prevención y control de la infección hospitalaria no hay sustituto para ella".

Pero, ¿quiénes, cuándo y cómo deben lavarse las manos?

Deben hacerlo todas las personas que tienen contacto directo con el paciente, como médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, así como todo profesional de salud. También las personas que establecen un contacto indirecto, como el sacerdote o el personal de limpieza.

El personal que realiza procedimientos invasivos en el paciente o el que realiza procedimientos en pacientes ya infectados, pues a pesar de llevar guantes asépticos, debe lavarse las manos. Y toda persona que trabaje en el hospital, cualquiera sea su trabajo debe protegerse a sí mismo y a los otros de los microorganismos infecciosos, lavándose las manos.

El momento para realizar el lavado de las manos no es específico ni igual para todos, pero se hace necesario:

- Al llegar al hospital, para eliminar los microorganismos traídos consigo desde el exterior.
- Antes de entrar y salir de la sala de pacientes.
- Antes, entre y después de todos los contactos físicos con los pacientes.
- Antes y después del manejo de equipos de monitoreo o equipos invasivos como catéteres, sondas o tubos endotraqueales.
- Antes y después de recoger muestras.
- Cuando las manos estén visiblemente manchadas.
- Al salir del hospital.

Existen dos métodos para el lavado de manos:

1. El **lavado de manos básico** requiere una acción mecánica vigorosa, se utilice o no un limpiador de piel. El lavado de manos con un agente antiséptico entre los contactos de pacientes es teóricamente deseable, el uso de jabón normal bajo agua corriente y fricción mecánica vigorosa, se considera adecuado para eliminar la mayoría de las bacterias transitorias de las manos. El lavado de manos básico con o sin jabón antiséptico eliminará temporalmente los microorganismos transitorios, algunos microorganismos residentes, la suciedad, las células de descamación de la piel, el pelo, la sudoración y el aceite corporal.
2. El **cepillado quirúrgico** cumple todo lo que el lavado de manos básico y más. El uso de antisépticos o agentes antimicrobianos está fuertemente indicado para el cepillado quirúrgico. Estos agentes varían en número y tipo de microorganismos que eliminan, pero también previenen el crecimiento de éstos microorganismos durante un período de tiempo.

Jongh y colaboradores (Shoemaker, 1986), dentro de las consideraciones que establece para la técnica del lavado de manos para la prevención de infecciones, hace ver la necesidad de un

apoyo psicológico para afianzar esta conducta. Apoyo psicológico que puede darse a partir de un programa de aprendizaje basado en las teorías conductistas, sin desestimar otras.

II. 4. MARCO TEÓRICO: MUSICOTERAPIA

Conceptualmente la musicoterapia, es decir el empleo de la música como medio terapéutico fue una terapia alternativa (hoy llamada terapia complementaria) aplicable a pacientes muy graves como aquellos con cuadros psicóticos, pacientes terminales y en coma, autismo, Alzheimer, se decía que “la musicoterapia nace con la persona y la acompaña hasta la muerte”.

Desde su nacimiento se tejieron diversas *teorías* todas de carácter psicológico, no llama la atención que la teoría predominante sobre la música terapia incluso hasta el siglo pasado era considerar que la música tenía la cualidad mágica de conjurar un necesario equilibrio -a través de los ritmos, las melodías y las armonías- para restablecer la salud. Imperaba la noción de musicoterapia receptiva, donde la idea de la farmacopea musical coincidía con el pensamiento médico de la causa y el efecto. A tal síntoma corresponde un síndrome, una enfermedad y, por lo tanto, existía la prescripción indicada. La música de Mozart produce tal efecto y la de Bach tal otro.

Otra teoría consideraba a la música como integrante de la psicología dinámica y del psicoanálisis donde intervenía superando la idea dual de un hombre y su universo, estableciendo un vínculo entre ellos.

Otra teoría más audaz considera a la música terapia como un instrumento de transformación del paciente.

Una *corriente* considera a la música como una posibilidad para entrar con cierta libertad y adaptarse a todas las circunstancias filosóficas, psicológicas y científicas. Era atraída y coqueteaba entre el mundo del arte y de la ciencia.

La *corriente* educativa plantea el uso de la música en todo intento de reeducación.

Muchas *aplicaciones* de a pocos se fueron abriendo y en estos nuevos campos de aplicación ingresaron enfermedades menos graves como las enfermedades psicosomáticas y la neurosis.

Se inicia la aplicación en el complejo campo de la prevención primaria, en el campo social, educativo y comunitario. Así, ahora es común aplicar música en las salas de espera de los hospitales.

La corriente actual de la música terapia es, acorde con nuestra formación siglo XXI, eminentemente intervencionista y estimulante. La música participa del actual "furor curandis" y eso justifica ser parte del intervencionismo terapéutico actual.

Muchos trabajos de investigación sobre la música como terapia se han desarrollado, cabe mencionar entre las más significativas las orientadas a las siguientes patologías :

- Deterioro cognitivo y demencias
- La expresión de las emociones
- Musicoterapia de improvisación vocal en prevención para docentes. Musicoterapia Prenatal
- Integración comunitaria
- musicoterapia con mujeres
- Musicopsicoprofilaxis clínica y quirúrgica
- Tratamiento del autismo
- Musicoterapia y psicopedagogía
- Salud mental
- Musicoterapia en la unidad de cuidados intermedios
- Pacientes pediátricos en cuidados paliativos con internación
- Prolongada
- Musicoterapia clínica
- Enfermedades crónicas
- Expresión Corporal en educación especial
- Senilidad

Para cumplir fines terapéuticos se estima que la música posee las siguientes características:

- repetición,
- previsibilidad
- cíclico
- regularidad
- simetría
- simplicidad

II. 5. DEFINICIONES OPERACIONALES

Unidad de Cuidados Intensivos:

Sala de hospitalización de cuidados especiales de urgencia del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" del Callao

Personal Asistencial:

Personal profesional médicos, enfermeros y técnicas de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" del Callao.

Mensaje:

Conjunto de palabras que expresan la Importancia de lavarse las manos.

Música:

Sonido armónico que sirve de cortina de fondo para la transmisión de los mensajes.

Asepsia:

Lavarse las manos.

Estímulo:

Mensaje seleccionado y orientado a provocar la respuesta de lavarse las manos en el personal asistencial.

Respuesta:

Conducta de lavarse las manos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

III.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un diseño de cohorte único, prospectivo, comparativo. Consta de un grupo de estudio que cumplió las veces de grupo experimental y a la vez de grupo control, a quienes se observó previamente a la

implementación de la variable independiente y permitió establecer los primeros datos respecto a la conducta de lavarse las manos.

Campbell y Stanley (1963) subrayan la comparación como criterio último para la obtención de un conocimiento científico. Dicha comparación se puede lograr, según Boring (1954) utilizando un grupo control. Otra forma de conseguir la comparación sería utilizando al sujeto como su propio control; es decir, tomando dos grupos de observaciones que se realizarían antes y después de haber aplicado el tratamiento experimental o variable independiente.

El Diseño antes y después de un sólo grupo permite la comparación de dos grupos de observaciones o medidas. Este diseño puede considerarse propiamente experimental; no obstante, se presentan situaciones en la cual este diseño parece aplicarse en forma adecuada; concretamente, en los estudios sobre los cambios de actitud para evaluar el efecto de la propaganda o los cambios de opinión como consecuencia de algún acontecimiento, etc., en estos casos, el diseño antes y después de un solo grupo suele ser útil (Arnau, 1978).

La lógica de este diseño consiste en tomar medidas de los sujetos antes y después de que se haya presentado la condición experimental. Al comparar las medidas antes y después, podremos constatar la presencia de algún cambio, que podrá atribuirse a la acción de la variable independiente.

III.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para el estudio se utilizó la técnica de observación y registro de conducta, que permitió enumerar la cantidad de veces que fue emitida la conducta objetivo por cada uno de los integrantes de la muestra.

III.3. ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA

Tanto los registros previos como los posteriores en las fases de la investigación se hicieron de manera oculta para los agentes intervinientes. Participaron solamente del estudio el investigador y dos ayudantes de campo entre los cuales se dividió y en algunos casos se sumó los registros para obtener mejores indicadores.

El trabajo se desarrolló en 4 fases o momentos:

Fase 1 de Inicio

Se realizó en el primer mes de estudio en el que se observó y registró la frecuencia de la conducta de asepsia realizada por el personal en estudio y que constituyó los datos de entrada.

Fase 2 de Implementación

Tuvo una duración de dos meses, en los que se efectuó la transmisión de los mensajes acompañados de la música previamente seleccionada. Durante un período de 6 horas diarias, 6 veces por semana, los mensajes eran lanzados cada 10 minutos.

Al final de éstos dos meses se recogieron los datos de los 12 últimos días, datos que permitieron conocer la influencia del mensaje en el cambio de conducta del personal.

Fase 3 de Suspensión

Aquí se suspendió totalmente la transmisión por espacio de un mes, registrándose los datos de los 12 últimos días que indicaron una baja en la frecuencia de la emisión de la conducta de asepsia.

Fase 4 de Reinicio

Tuvo una duración de dos meses. En este período se reinició la transmisión de los mensajes, al final del cual se registraron los datos correspondientes a los últimos 12 días, observándose un nuevo incremento en la emisión de la conducta objetivo.

III.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estudiada se constituyó por todo el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" de donde se seleccionó la muestra de estudio que estuvo conformada por 30 personas: 05 Médicos Asistentes, 02 Médicos Residentes de 3º año, 11 Enfermeros, 12 Técnicas de Enfermería; quienes constituyen el personal asistencial que labora en la Unidad mencionada.

III.5. INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

- Registro de frecuencia de la conducta de lavarse las manos en el que se contabilizó el número de veces de emisión de la conducta.
- Los mensajes, que fueron elaborados específicamente para los objetivos de estudio.

- Discos grabados con música instrumental no clásica en los que se insertaron los mensajes con un intervalo fijo de 10 minutos.
- Equipo de sonido en circuito cerrado interno que permitió la transmisión de los mensajes por parlantes, acompañados de la música.

III. 6. DURACIÓN Y LOCALIZACIÓN

El presente trabajo se realizó en un periodo de seis meses, usando como escenario la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional (hoy Región) del Callao. Departamento de Lima. Perú.

CAPÍTULO IV. TRABAJO DE CAMPO Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

IV. 1. RESULTADOS, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Al iniciar el presente trabajo se tuvo como objetivo básico evaluar los resultados de lo que significaba implementar la variable mensaje para el cambio de conducta del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos. En el presente capítulo entregamos los resultados obtenidos en cada una de las cuatro etapas de la investigación; cabe señalar que el tiempo que se estableció para la observación y registro de frecuencia de la conducta objetivo fue de doce días, los últimos de cada fase de estudio.

Asimismo, el valor óptimo supuesto para que el personal cumpliera con la conducta de lavarse las manos, fue de siete veces como promedio al día, ello en razón de que en la Unidad de Cuidados Intensivos y para el período de la investigación, se hospitalizaban un total constante de seis pacientes,

correspondiente al 100% de cobertura de camas que tiene la Unidad. Debiendo el personal cumplir con lavarse las manos antes y después de atender a un paciente, éste debía hacerlo un total mínimo de 07 veces por día que equivale a 84 veces (100%) durante los doce días que se establecieron para la observación y registro al final de cada etapa.

La fase de inicio se realizó durante el primer mes de investigación, en este período se registraron los primeros datos que permitieron establecer las comparaciones con los datos de las siguientes etapas.

Durante los doce últimos días de esta primera fase, se registró el número de veces que el personal en estudio emitió la conducta de lavarse las manos, obteniéndose luego los promedios que se detallan en la **tabla 01**.

Estos resultados iniciales nos permiten observar que, a nivel general, se cumple con muy poca frecuencia con las medidas de asepsia. Los promedios obtenidos por el personal médico son similares entre sí, mostrando una marcada diferencia con los promedios iniciales del personal de enfermería y técnicas de enfermería, que presentan promedios superiores al 50% del valor establecido como óptimo.

TABLA 01:

Frecuencia que el personal asistencial emitió la conducta de lavarse las manos. Fase inicial. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao.

PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médico Asistente	12	13	1,08	15,48
Médico Residente 1	12	17	1,42	20,24
Médico Residente 2	12	18	1,5	21,43
Enfermero 1	12	49	4,08	58,33
Enfermero 2	12	47	3,92	55,95
Técnico Enfermería 1	12	50	4,17	59,52
Técnico Enfermería 2	12	51	4,25	60,71
TOTALES	12	245	20,42	41,67

Estos promedios fueron reagrupados por categoría profesional: médicos, enfermeros y técnicas de enfermería, los mismos que se expresan en la **tabla 02**.

TABLA 02:

Frecuencia que el personal asistencial, por categoría profesional, cumplió la conducta de asepsia en la fase inicial. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" Callao.

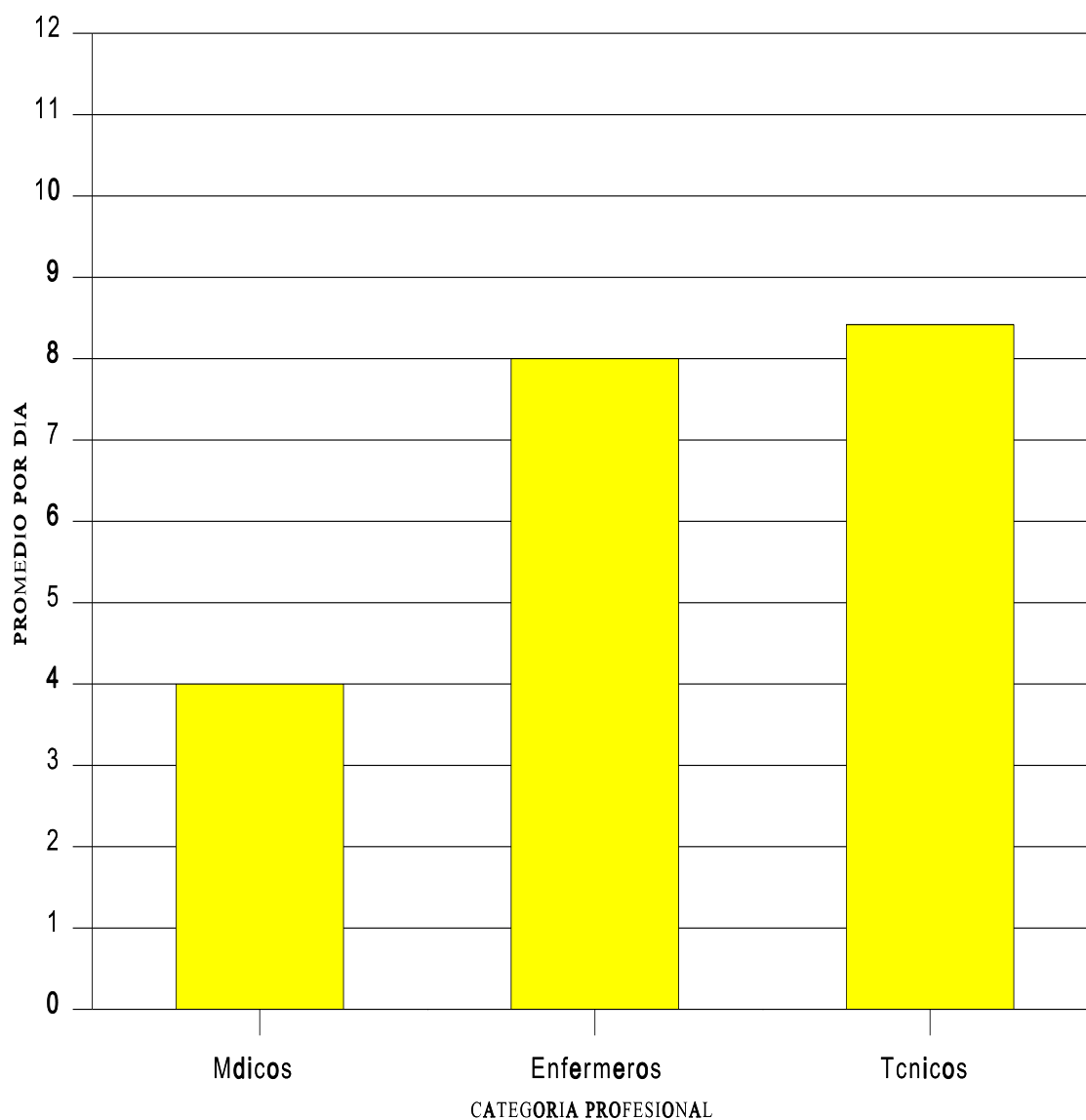
PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médicos	12	48	4,00	19,05
Enfermeros	12	96	8,00	57,14
Técnicos Enfermería	12	101	8,42	60,12
TOTALES	12	245	20,42	41,67

Agrupando los datos por categoría profesional, registramos a nivel de profesionales médicos una frecuencia promedio de cuatro veces por día en que realizaban el lavado de manos, lo que equivale a decir que cumplían con el objetivo en un 19,05%; estos resultados muestran una gran diferencia con los obtenidos por los enfermeros y las técnicas de enfermería, quienes alcanzaron un promedio diario de ocho veces (57,14%) y 8,42 (60,12%) respectivamente. Estas diferencias se ilustran en la **figura 01**.

FIGURA 01:

Frecuencias promedio que el personal asistencial, por categoría profesional

CONDUCTA DE ASEPSIA EN LA FASE INICIAL. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL NACIONAL "DANIEL A. CARRIÓN" CALLAO,



La figura 01 nos muestra objetivamente las diferencias que existen entre los valores promedios obtenidos por la muestra de estudio, agrupados por categoría profesional;; observamos que los enfermeros y técnicas de enfermería obtienen promedios similares que significan el doble de los promedios obtenidos por los médicos.

La segunda fase, de implementación de la variable mensaje, tuvo una duración de dos meses, de los cuales en los doce últimos días se observó y registró la cantidad de veces que el personal realizó la conducta de asepsia. Los resultados correspondientes se detallan en la tabla 03.

TABLA 03:
Frecuencia que el personal asistencial emitió la conducta de lavarse las manos, en la fase de implementación.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao

PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médico Asistente	12	30	2,50	35,71
Médico Residente 1	12	32	2,67	38,10
Médico Residente 2	12	34	2,83	40,48
Enfermero 1	12	66	5,5	78,57
Enfermero 2	12	61	5,08	72,62
Técnico Enfermería 1	12	68	5,67	80,95
Técnico Enfermería 2	12	60	5,0	71,43
TOTALES	12	351	29,25	59,69

Luego de implementar la transmisión de los mensajes, logramos un incremento en los promedios a nivel general. La tabla 03 presenta promedios superiores a los obtenidos en la fase de inicio, manteniéndose la diferencia entre el personal médico con los enfermeros y técnicas de enfermería, como se observa en la **tabla 04** donde los datos se presentan agrupados por categoría profesional.

TABLA 04:

Frecuencia que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase de implementación.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" Callao.

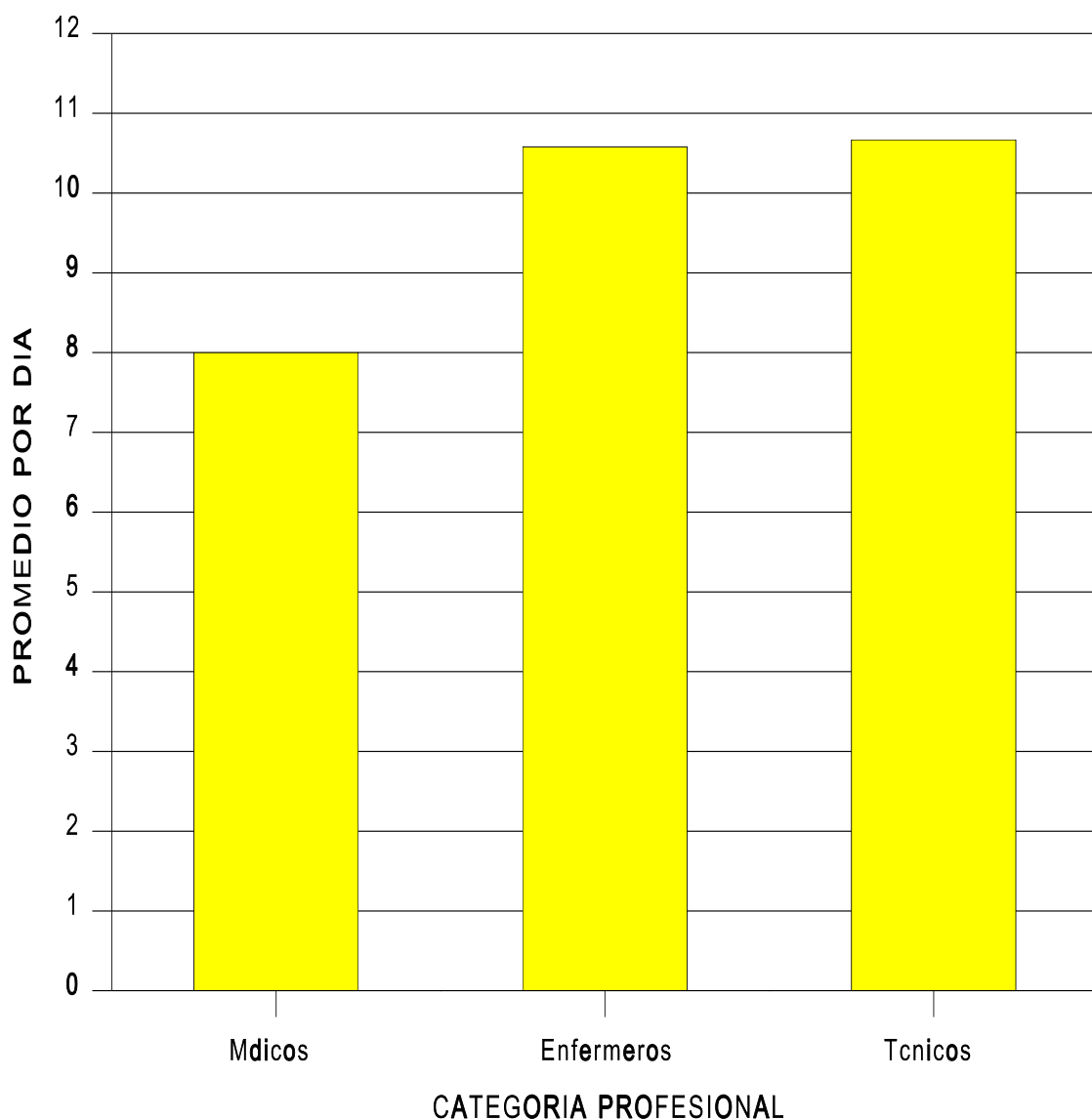
PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médicos	12	96	8,0	38,10
Enfermeros	12	127	10,58	75,60
Técnicos Enfermería	12	128	10,67	76,19
TOTALES	12	351	29,25	59,69

Observamos que si bien los médicos alcanzan un incremento del 100% en la emisión de la conducta con relación a la fase inicial, no logran igualar al personal de enfermería y técnicas de enfermería, quienes muestran también un γ incremento en sus promedios, alcanzando un 75,60% y 76,19% respectivamente.

La **figura 02** nos grafica más claramente estos datos y nos da cuenta de la similitud de promedios obtenidos por los enfermeros y técnicas de enfermería quienes realizan un trabajo conjunto y de supervisión. Los médicos aumentan sus promedios pero todavía mantienen diferencias con los otros grupos profesionales.

FIGURA 02:

Frecuencias promedio que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase implementación. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".Callao



La fase de suspensión, tercera en el estudio, nos brindó datos que nos demostraron la importancia de lo que significa la repetición del mensaje en el proceso de aprendizaje y retención. Los resultados obtenidos en la **tabla 05** expresan una disminución en la frecuencia de emisión de la conducta de asepsia, resultados que no distan mucho de los datos de la segunda fase pero que ofrecen un significado relevante.

TABLA 05:
Frecuencia que el personal asistencial emitió la conducta de lavarse las manos, en la fase de suspensión.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".Callao.

PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médico Asistente	12	24	2,0	28,57
Médico Residente 1	12	26	2,17	30,95
Médico Residente 2	12	26	2,17	30,95
Enfermero 1	12	60	5,0	71,43
Enfermero 2	12	58	4,83	69,05
Técnico Enfermería 1	12	61	5,08	72,62
Técnico Enfermería 2	12	57	4,75	67,86
TOTALES	12	312	25,99	53,06

Las diferencias de inicio se siguen manteniendo entre el tipo de personal que ejecuta la acción de lavarse las manos, notamos que existe una disminución en los promedios en relación a la segunda fase pero aún así son superiores a los de la fase de inicio. En la **tabla 06** observamos estos datos agrupados por categoría profesional.

TABLA 06 :

Frecuencia que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase de suspensión.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".Callao.

PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médicos	12	76	6,3	30,16
Enfermeros	12	118	9,83	70,24
Técnicos Enfermería	12	118	9,83	70,24
TOTALES	12	312	25,99	53,06

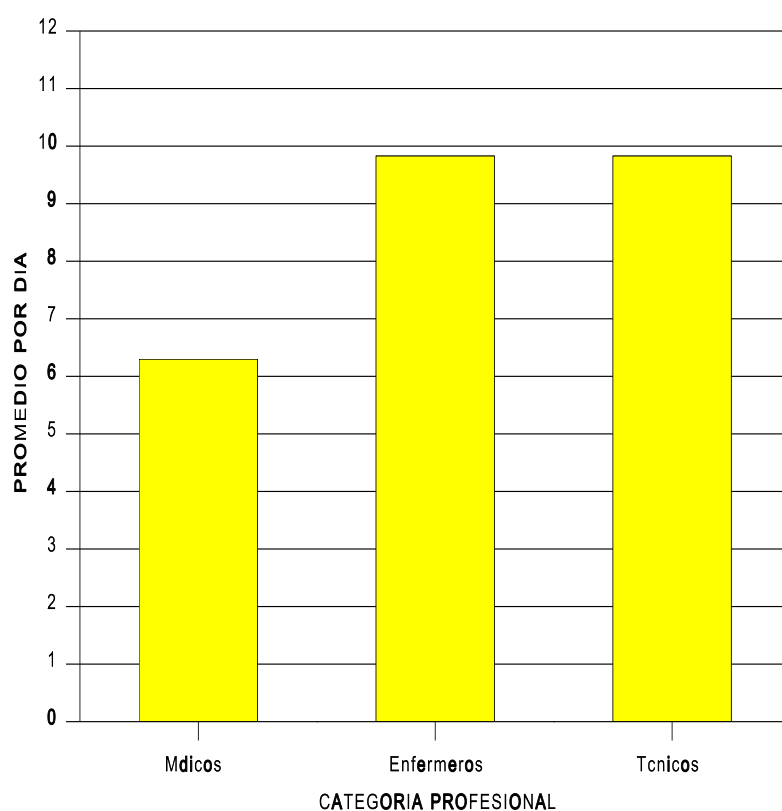
El personal que desempeña funciones como técnicas de enfermería, labora bajo la supervisión permanente de las enfermeras; en esta tercera fase en que fue suspendida la variable de estudio, ambos grupos profesionales obtuvieron iguales promedios equivalentes al 70,24%, manteniendo la diferencia con el personal médico que sólo alcanza el promedio equivalente al 30,16%. La figura 03 ilustra las diferencias existentes.

FIGURA 03 :

Frecuencias promedio que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase de suspensión.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao.



En la figura 03 observamos gráficamente los resultados de la fase de suspensión presentados en la tabla 06; podemos darnos cuenta que la suspensión de la variable independiente, es decir, la suspensión de la transmisión de mensajes produjo un decremento en la emisión de la conducta objetivo pero que no llegó a la extinción, manteniéndose promedios semejantes a los obtenidos en la segunda fase de implementación.

Finalmente, obtuvimos los resultados de la fase de reinicio que fue la fase final del trabajo, aquí anotamos los datos de los doce últimos días, los mismos que nos mostraron un incremento por persona y por categoría profesional, tal como se observan en **las tablas 07 y 08** y se detalla en la **figura 04**.

TABLA 07:

**Frecuencia que el personal asistencial emitió la conducta de lavarse las manos, en la fase de reinicio.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" . Callao.**

PERSONAL	TOTAL DIAS	f	PROMEDIO POR DIA	%
Médico Asistente	12	33	2,75	39,29
Médico Residente 1	12	34	2,83	40,48
Médico Residente 2	12	38	3,17	45,24
Enfermero 1	12	69	5,75	82,14
Enfermero 2	12	70	5,83	83,33
Técnico Enfermería 1	12	70	5,83	83,33
Técnico Enfermería 2	12	66	5,5	78,57
TOTALES	12	380	31,67	64,63

La fase de reinicio permitió un incremento de los promedios a nivel de todo el personal, en esta fase se obtuvieron las frecuencias más altas de todo el estudio pero siempre se mantuvo la diferencia por grupo profesional como lo muestra la tabla 08.

TABLA 08:

Frecuencia que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase de reinicio.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".Callao.

PERSONAL	TOTAL DÍAS	f	PROMEDIO POR DÍA	%
Médicos	12	105	8,75	41,67
Enfermeros	12	139	11,58	82,74
Técnicos Enfermería	12	136	11,33	80,95
TOTALES	12	380	31,66	68,45

El personal médico, si bien cumple con el objetivo de estudio como es el incrementar la conducta de asepsia, no logra alcanzar el 50% del valor sugerido como óptimo en ninguna de las cuatro fases de estudio. Por el contrario, los enfermeros y técnicos de enfermería mantienen promedios similares y superiores a los obtenidos a través de las diferentes etapas de estudio.

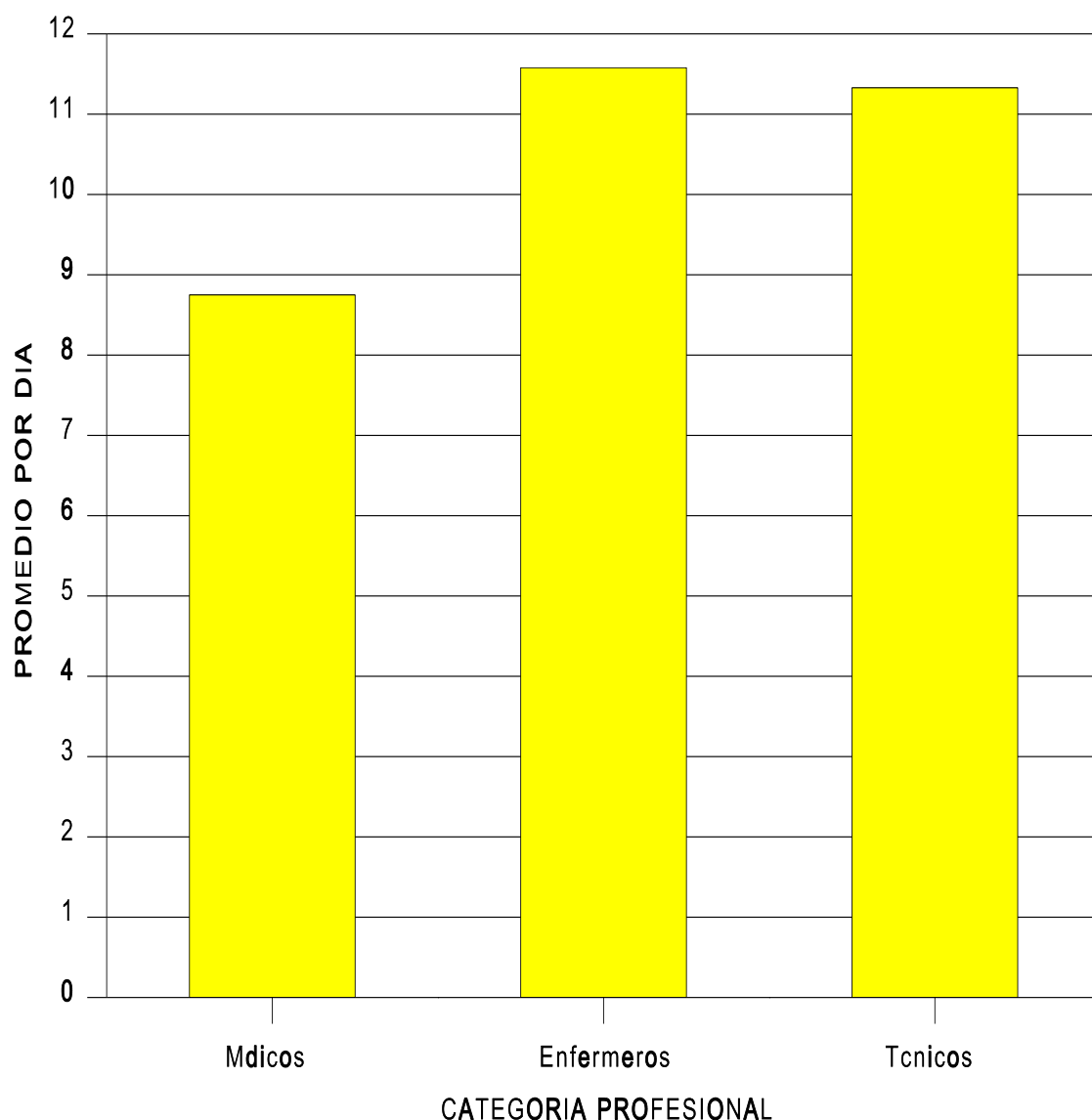
La **figura 04** nos muestra la diferencia existente a lo largo del estudio, entre los médicos con los enfermeros y técnicas de enfermería; los primeros alcanzan su mayor promedio equivalente al 41,67% mientras que los enfermeros un 82,74% y las técnicas de enfermería el 80,95%.

FIGURA 04:

Frecuencias promedio que el personal asistencial, por categoría profesional, realizó la conducta de asepsia en la fase de reinicio.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao.



Haciendo un conglomerado de todos los resultados, construimos la **tabla 09** que nos permite mostrar las diferencias obtenidas por el personal asistencial en las diferentes fases de estudio, así como la evolución de la conducta objetivo, señalada en el **gráfico 05**.

TABLA 09 :

Frecuencias promedio que el personal asistencial realizó la conducta de lavarse las manos en las diferentes fases del estudio.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao.

PERSONAL	FASE 1		FASE 2		FASE 3		FASE 4	
	x	%	x	%	x	%	X	%
Médicos	4,0	19,05	8,0	38,10	6,3	30,16	8,75	41,67
Enfermeros	8,0	57,14	10,58	75,60	9,83	70,24	11,58	82,74
Téc. Enf.	8,42	60,12	10,67	76,19	9,83	70,24	11,33	80,95
TOTALES	20,42	41,67	29,25	59,69	25,96	53,06	31,66	68,45

La tabla 09 nos muestra los promedios y porcentajes obtenidos por los tres grupos profesionales a través de las diferentes fases. Observamos que todos logran un incremento luego de la implementación de la transmisión de mensajes, la misma que se realizó por espacio de dos meses; este incremento en los promedios sufre una caída no muy marcada pero significativa, cuando se suspende la transmisión. Al final los promedios obtenidos son los mayores de todo el estudio, lo que nos permite afirmar la efectividad de la técnica empleada.

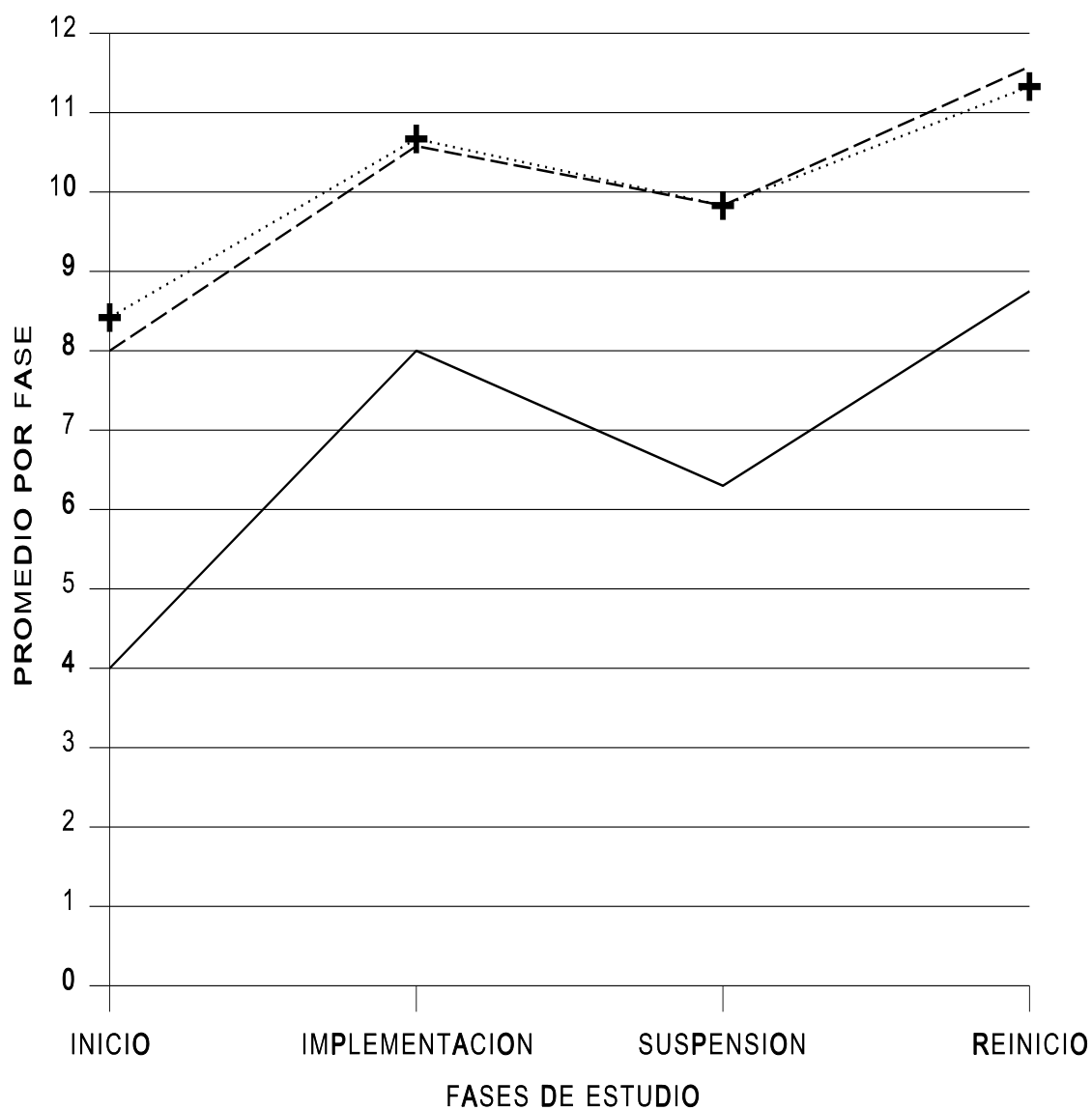
En la figura 05 podemos apreciar la evolución de la conducta objetivo a través del estudio, se grafican claramente los resultados presentados en las tablas. De esta manera podemos observar que los tres grupos profesionales logran finalmente incrementar la conducta objetivo pero haciendo una comparación entre ellos, son las enfermeras quienes obtienen los mayores promedios, seguidas de las técnicas de enfermería y luego los médicos que alcanzan una frecuencia equivalente al 41,76%.

FIGURA 05:

Evolución de la conducta de asepsia realizada por la población de estudio en las diferentes fases y por categoría profesional.

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional "Daniel A. Carrión". Callao.



IV. 3. DISCUSIÓN

Como ya mencionamos, realizar la presente investigación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" no fue tarea fácil, inicialmente tuvimos que enfrentar la resistencia del personal a la presencia de estímulos nuevos que, aparentemente, interrumpían su actividad. Nuestro objetivo perseguido de acompañar la transmisión de los mensajes con una música permanente de fondo, se sumó a los múltiples ruidos ya existentes en la Unidad como son los producidos por las bombas de aspiración, por los ventiladores mecánicos, los monitores, bombas de infusión, propaladores de oxígeno, nebulizadores, alarmas y otros.

La previa selección de las piezas musicales, nos permitió vencer las resistencias y lograr una total aceptación por parte de la muestra, no sólo a la música sino a los mensajes que fue nuestra variable de estudio.

El objetivo de darle trascendencia a los mensajes, que fueran asumidos y significaran un cambio de conducta implicaba una adecuada audición e interpretación de los mismos, por esta razón, los mensajes se emitían con intervalos fijos de tiempo entre piezas musicales y en mayor volumen al establecido para la transmisión de la música, sin que esta intensidad se constituya en estímulo perturbador; así los mensajes fueron asumidos por todo el personal, lo que se vio reflejado en el cambio de conducta del mismo y que se graficó en el capítulo anterior.

El presente trabajo nos permite acreditar a la música, y porque no a los estímulos auditivos, como instrumento mediador para la implementación de nuevas técnicas de aprendizaje, en este caso la transmisión de mensajes repetitivos para producir un aprendizaje como es el cambio de conducta en el personal, expresado en el incremento de la frecuencia de la conducta de asepsia.

El concepto de repetición derivado de las teorías de aprendizaje postuladas por el condicionamiento clásico, nos señala que se puede aprender un mensaje que se desea impartir mediante una exposición repetida al mismo. Este concepto ha sido aplicado mayoritariamente en estudios realizados en el área de la publicidad, como medio para llegar al público objetivo y crear conciencia del producto.

En este estudio se logra crear conciencia en el personal de lo que significa cumplir con las normas básicas de asepsia; aplicamos el concepto de repetición por ser el que más se ajustaba a los objetivos perseguidos, así obtuvimos un incremento en la conducta de asepsia por parte de todo el personal, lo que equivale a decir el 100% de la muestra.

Estos resultados nos permiten establecer el concepto de repetición como concepto básico para los procesos de aprendizaje, que en una organización de salud puede darse tanto a nivel del personal en las diferentes áreas como a nivel de los pacientes, ejerciendo así una capacitación que permita mejorar los servicios brindados y a los usuarios un aprendizaje que les permita mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, la marcada diferencia que, a lo largo del estudio, presentan los médicos con relación al personal de enfermería y técnicas de enfermería, creemos que se deba más al diseño en la asignación de funciones, pues mientras los médicos realizan una tarea más de supervisión, los enfermeros y las técnicas de enfermería mantienen una relación más estrecha y directa con el paciente por sus roles mismos que les toca desempeñar, muchas en forma conjunta.

Finalmente, creemos que este trabajo, que se constituye como el primero y por el momento el único en su tipo, puede servir de modelo para futuras investigaciones en la institución, donde determinadas conductas críticas necesitan ser fortalecidas tanto del personal que allí labora, como del paciente ambulatorio y porque no del paciente hospitalizado, con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad que se presentan en una organización como es un hospital y lograr en los usuarios una mejor expectativa de vida.

CONCLUSIONES

1. Se demuestra que a pesar de su tremenda importancia y de las implicancias que causan en la salud del usuario de atención sanitaria el no acatamiento de las normas de bioseguridad, éstas no son cumplidas a cabalidad, es más el grupo profesional más preparado educativa y técnicamente es el más incumplido, lo cual está determinado porque el aprendizaje previo o actualizado, por múltiples razones, no alcanza sus metas u objetivos docentes.
2. Se demuestra que propalar música ambiental y dentro de ella mensajes auditivos logra mejorar el aprendizaje, convirtiéndose así en una alternativa positiva y fácil de usar como técnica didáctica, sus características de permanencia y repetitividad del estímulo permiten un nivel de aprendizaje que no se había podido lograr usando las técnicas didácticas usuales tales como : asignaturas de pre y post grado, educación médica continua, charlas , cursos, congresos, actividades educativas presenciales , etc
3. Se demuestra que esta técnica permite mejorar el cumplimiento de normas de seguridad, en este caso de **bioseguridad**. En este estudio se consiguió un incremento de la conducta de lavarse las manos en el 100% de la población de estudio.
4. Se demostró el principio de "repetición" postulado por el condicionamiento clásico, mediante el cual logramos un incremento en la frecuencia de la conducta objetivo en un 26,78%, lo que nos permitió afianzar el aprendizaje.

5. Luego de implementar por un período de dos meses la variable de estudio como es la transmisión de mensajes, se obtuvo un incremento inicial de 18,02% a nivel de toda la muestra; lo cual nos permite confirmar la efectividad del concepto de repetición como medio para el aprendizaje.
6. Se demostró que la suspensión del estímulo produjo un decaimiento en un 6,63% en la frecuencia de emisión de la conducta de asepsia con respecto a la fase de implementación, pero no logra su extinción.
7. Si bien en la fase de suspensión disminuyeron los promedios con relación a la segunda fase, en la etapa de reinicio éstos se incrementaron en 15,39%, demostrando que la transmisión de mensajes realizada en la etapa final hizo las veces de reforzador de la conducta de estudio.
8. A lo largo de la investigación, observamos que los promedios obtenidos por el personal médico fueron inferiores a los obtenidos por las enfermeras y las técnicas de enfermería. Los resultados finales correspondientes a la fase de reinicio fueron de 41,67% para los médicos, lo que significa menos del 50% del valor supuesto como óptimo; las enfermeras alcanzan el 82,74%, promedio superior pero no muy distante al logrado por las técnicas de enfermería que es de 80,95%.
9. Se demostró una mejora en los índices de infección intrahospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos comparado con años anteriores, el proceso educativo puede ser una influencia positiva pero se requiere un estudio dedicado al tema de tipo multifactorial para valorar más adecuadamente la influencia de esta técnica de aprendizaje

RECOMENDACIONES

1. El uso de la música ambiental con mensajes auditivos como medio educativo es valioso y este estudio lo demuestra, siendo recomendable usarlo en todas aquellas situaciones en las que la forma tradicional y escolarizada de enseñanza no rinde los frutos esperados, más aún cuando se trata de trabajadores para los cuales es escaso el tiempo que pueden dedicar a labores educativas.
2. Determinar otras conductas objetivo que puedan ser fortalecidas a través de la transmisión de mensajes repetitivos con el fin de lograr mayores niveles de eficiencia y costo beneficio en los ambiente sanitarios.
3. Implementar la investigación con dirección al paciente con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y lograr en ellos una mayor expectativa de vida al ser dados de alta.
4. A futuro, incorporar la técnica de transmisión con orientación específica a diferentes salas o servicios con el objetivo de lograr un cambio de conducta del personal y un aprendizaje en el paciente.
5. Realizar otros estudios dedicados a constatar y conocer mejor las causas por las cuales existe una falencia de aprendizaje en este tópico.
6. Proseguir, también, con las otras técnicas educativas tipo educación continuada, puesto que es necesario el insistir en que todo aprendizaje significativo radica tanto en la construcción interna que el sujeto realiza como de la interiorización del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

RELACIONADA A LA INVESTIGACIÓN

A. DE JONGH, Carlos; CAPLAN, Ellis; SCHIMPFF, Stephen (1986) Infecciones en el paciente de cuidados intensivos. En Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva de W. Shoemaker. Buenos Aires, Médica Panamericana.

ARNAU GRAS, Jaime (1978). Otros diseños. En Psicología Experimental. Un enfoque metodológico. México, Trillas.

B. DE LOCATELLI, Graciela; AXAT, María; CASIMIRO, Graciela (1989) Infecciones hospitalarias. En Fundamentos de Enfermería, bases científicas. Buenos Aires, El Ateneo.

BENSON, Herbert (1980) El Efecto Mente/Cuerpo. La Medicina de la conducta para mejorar la salud. España, Grijalbo.

BERLO, David (1992) Aprendizaje, la comunicación en un contexto personal. En El Proceso de la Comunicación. Buenos Aires, El Ateneo.

CANALES QUEVEDO, ISAAC. Evaluación Educativa. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CASTILLO ROSA PÉREZ, ELÍAS. Didáctica Universitaria. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

DELPÁZ TOLEDO, ZENÓN. Filosofía, ética y axiología. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

DORLAND (1981) Diccionario de Ciencias Médicas. España, El Ateneo

S.A.FORGUS, R. y MELAMED, Lawrence (1989) La Percepción como proceso de extracción de información. En Percepción. Estudio del Desarrollo Cognoscitivo. México, Trillas

GARCÍA P, LUPE. Psicología Educativa. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

KRAUS, S. y DAVIS, D. Comunicación Masiva e Información Política. En Comunicación Masiva: Sus Efectos en el Comportamiento Político. México, Trillas. 1,991

HILGARD y MARQUIS (1985) Condicionamiento y Aprendizaje, México, Trillas.

ICOCHEA, Claudia(1991) El papel de la publicidad televisiva dentro del proceso de socialización de los estereotipos del rol sexual femenino. Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú.

MACKINTOSH, N. J. (1988) Condicionamiento Clásico e Instrumental. En Condicionamiento y Aprendizaje Asociativo. España. Alhambra.

MEJÍA MEJÍA, ELÍAS Investigación Científica. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

MUÑOZ CABREJO, FERNANDO. BOBBIO ROSAS , FERNANDO. Filosofía. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ORELLANA MANRIQUE, OSWALDO. Psicología Educativa II. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

PEÑALOZA RAMELLA, WALTER. Curriculum integral. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

SCHIFFMAN LEON, G., LAZAR KANUK ,L (1991) Aprendizaje y Participación del Consumidor. En Comportamiento del Consumidor . México, Prentice-Hall.

SUAREZ GUERRERO, CRISTÓBAL. Recursos Didácticos. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

VALER LOPERA, LUCIO. CHIROQUE SIGFREDO. Pedagogía. Facultad de Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

WOLF, Mauro (1991) La investigación de la comunicación de masas. Crítica y perspectivas. México, Paidós.

ZALEZNIK, Doris (1995) Evaluación y tratamiento de los pacientes con infecciones hospitalarias. En Principios de Medicina Interna de Harrison. Nueva York, McGraw-Hill.

BIBLIOGRAFÍA

REFERIDA A LA METODOLOGÍA

1999. Chichón Pascual, M^a J y col...-

"Música y salud: introducción a la Musicoterapia II "

UNED (ISBN: 84-362-4024-3) .- Madrid.- 180 pp.

2000. Rodrigo, M^a S.

"Música: Terapia de música y sonido".- Madrid.- Musicalis

2002. Lago Castro, P.

"De los pies a la cabeza pasando por el corazón: Música y Alzheimer".
Madrid.CEMAV-UNED..- 59 pp

2000. Brotons, M.-

"An overview of music therapy literature relating to the elderly.

EN: D. Aldridge, *Music therapy in dementia care* (pp. 33-62). London,
Jessica Kingsley Publishers.

2000. Mercadal-Brotons, M.

Modelo conductista en musicoterapia. In M. Betés (Ed.),
Fundamentos de musicoterapia (pp. 309-317). Madrid: Ediciones Morata

2001. Brotons, M.

Musicoterapia y educación especial en EEUU. IEn: J. L. Doménech & H.López
(Eds.), *V y VI Jornadas Interdisciplinares de Educación Especial* (pp. 163-168).
Alcoy: Editorial Marfil

2002. Musicoterapia de la publicación

"Sobre el morir y la muerte" En: Máster en Tanatología

Universidad de "La Laguna" Tenerife- ED: Alfonso Miguel

2006. Lago Castro, P y otros

"El educador social y la musicoterapia: Áreas de intervención en el campo de la
educación y la salud". En VVAA.- .EN: *El Practicum en las titulaciones de*
Educación: Reflexiones y Experiencias.- Dickinson.- Madrid.- 92-107.

2007. Mercadal-Brotons, M., & Martí, P.

"Musicoterapia y enfermedades neurodegenerativas".

T. Wigram, I. Nygaard Pedersen, & L. Ole (Eds.), *Guía completa de*
musicoterapia: teoría, práctica clínica, investigación y formación. Vitoria: Editorial
Agruparte.

2004. Mucci, M. "Psicoprofilaxis Quirúrgica.
Una práctica en convergencia interdisciplinaria". Buenos Aires: Ed. Paidós.
2007. Manterola, Elsa René, Morales Manterola, Luis Matías.
La Musicoterapia como Psicoprofilaxis en Odontología.
Boletín de la Asociación Odontológica para Niños
1999. Dileo, Cheryl. "Music Therapy and Medicine:
Theoretical and Clinical Approaches"
2007. Schapira, Diego; Ferrari, Karina; Sánchez, Viviana;Hugo, Mayra.
"Musicoterapia. Abordaje Plurimodal." 1ªed. Argentina: ADIM ediciones;
1989. Bruscia, Kenneth.
"Definiendo Musicoterapia".

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>¿Cuál es el efecto de la transmisión de mensajes en el cambio de conducta del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión" de la Región Callao?</p>	<p>GENERAL: Determinar la influencia del mensaje en el cambio de conducta de asepsia del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Evaluar los resultados que permitan medir la efectividad del mensaje en el cambio de conducta de lavado de manos del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".</p> <p>2. Incrementar la conducta de asepsia en el personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".</p>	<p>H1: La emisión del mensaje incrementa la conducta de asepsia del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".</p> <p>H0: La emisión del mensaje no incrementa la conducta de asepsia del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional "Daniel A. Carrión".</p>	<p>VI: Mensaje</p> <p>VD: Conducta de lavarse las manos</p> <p>VC: Personal que ejecuta la acción</p> <p>- Profesionales</p> <p>- No Profesionales</p>	<p>1. Efectividad del mensaje.</p> <p>2. Frecuencia de la conducta de lavarse las manos.</p> <p>3. Personal</p> <p>- Médicos</p> <p>- Enfermeros</p> <p>- Técnicas de Enfermería</p>
			MARCO TEÓRICO	
			<p>- Asepsia</p> <p>- Aprendizaje</p> <p>- Condicionamiento</p> <p>- Comunicación</p>	

